

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1925

THÈSE

N°

POUR

276

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

MAX D. CULCER

Né à T. Jiu (Roumanie), le 26 Octobre 1882

Le Traitement chirurgical
de certains Lupus
par l'excision large au bistouri
suivie de greffes dermo-épidermiques

Président: M. JEANSELME, professeur

PARIS

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, Rue Racine, 15

1925

259

ANNÉE 1925

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

MAX D. CULCER

Né à T. Jiu (Roumanie), le 26 Octobre 1882

 Le Traitement chirurgical
de certains Lupus
par l'excision large au bistouri
suivie de greffes dermo-épidermiques

Président: M. JEANSELME, professeur

PARIS

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, Rue Racine, 15

1925

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.....	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale.....	CUNEO.
Physiologie.....	Ch. RICHET
Physique médicale.....	André BROCA.
Chimie organique et chimie générale.....	DESGREZ.
Bactériologie.....	BEZANÇON.
Parasitologie et histoire nature le médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale.....	SICARD.
Pathologie chirurgicale.....	LECÈNE.
Anatomie pathologique.....	LETULLE.
Histologie.....	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale.....	RICHAUD.
Thérapeutique.....	CARNOT.
Hygiène.....	Léon BERNARD
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée.....	ROGER.
	GILBERT.
Clinique médicale.....	CHAUFFARD.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale....	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale.....	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique.....	De LAPERSONNE.
Clinique urologique.....	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements.....	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.....	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	BROCA Auguste
Clinique thérapeutique médicale.....	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	DUVAL.
Clinique prothésique.....	SERGENT.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

A PRAMI.....	Pathologie médicale
ALGLAVE.....	Pathologie chirurgicale.
AUBERTIN.....	Pathologie médicale.
EASSET.....	Pathologie chirurgicale.
BAUDOUIN.....	Pathologie médicale.
BINET.....	Physiologie.
BLANCHETIERE	Chimie biologique.
BRANCA.....	Histologie.
BRULÉ.....	Pathologie médicale.
BUSQUET.....	Pharmacologie et matière médicale.
CADENAT.....	Pathologie chirurgicale.
CHAMPY.....	Histologie.
CHIRAY.....	Pathologie médicale.
CLERC.....	Pathologie médicale.
DEBRÉ.....	Hygiène.
I. de JONG....	Anatomie pathologique.
DUVOIR.....	Médecine légale.
ECALLE.....	Obstétrique.
FISSINCER....	Pathologie médicale.
FOIX.....	Pathologie médicale.
GARNIER.....	Pathologie expérimentale.
HAUVIER.....	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER..	Urologie.
HOVELACQUE..	Anatomie.
JOYEUX.....	Parasitologie.

MM.

LABBÉ (Henri).	Chimie biologique.
LARDENNOIS..	Pathologie chirurgicale.
LE LORIER....	Obstétrique.
LEMAITRE....	Oto-rhino-laryngologie.
LEMIERRE....	Pathologie médicale.
LÉVY-SOLAL..	Obstétrique.
LHERMITTE...	Pathologie mentale.
LIAN.....	Pathologie médicale.
MATHIEU.....	Pathologie chirurgicale.
METZGER.....	Obstétrique.
MOCQUOT.....	Pathologie chirurgicale.
MONDO.....	Pathologie chirurgicale.
MOURE.....	Pathologie chirurgicale.
MULO.....	Histologie.
PHILIBERT...	Bactériologie.
RIBIERRE....	Pathologie médicale.
RICHE, Fils...	Physiologie.
ROUVIÈRE....	Anatomie.
STROHL.....	Physique médicale.
TANON.....	Pathologie médicale.
TIFFEN AU...	Pharmacologie et matière médicale.
VAUDESCAL...	Obstétrique.
VERNE.....	Histologie.
VILLARET....	Pathologie médicale.
WELTER.....	Ophthalmologie.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

CAMUS.....	Physiologie.
GOUCEROT....	Pathologie médicale.
GUÉNIOT.....	Obstétrique.

MM.

RETTERER....	Histologie.
ROUSSY.....	Anatomie pathologique.

IV. — AGRÈGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.

AUVRAY..... Clinique chirurgicale.
CHEVASSU Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE Clinique médicale.
LEREBoulLET. Clinique médicale infantile.
LÉRI Clinique médicale.
LOPER Clinique médicale.

MM.

OMBRÉDANNE. Clinique chirurgicale infantile.
PROUST Clinique chirurgicale.
RATHERY..... Clinique médicale.
SCHWARTZ ... Clinique chirurgicale.
TERRIEN..... Clinique ophtalmologique.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM MAUCLAIRE, agrégé.....	} Chargé du cours de chirurgie orthopédique et de l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes
FREY.....	
N.....	
LEDOUX-LEBARD.....	
	Stomatologie.
	Éducation physique.
	Radiologie clinique.

L'ar délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MERE ET A MON PERE

*Je dédie cet ouvrage, faible témoignage
de ma reconnaissance et de mon affection,*

A LA MÉMOIRE DE MA GRAND'TANTE HÉLÈNE ECONOMU

A MA TANTE OLGA GÉNÉRAL GIGURTU

A MES ONCLES LE GÉNÉRAL J. CULCER ET GR. CULCER

A TOUS LES MIENS

A. M. OROMULU

A MONSIEUR LE PROFESSEUR JEANSELME

Professeur de Clinique Dermatologique

à

la Faculté de Médecine de Paris,

Médecin de l'Hôpital Saint-Louis,

Membre de l'Académie de Médecine,

qui m'a fait l'honneur de présider cette thèse

HOMMAGE RESPECTUEUX ET RECONNAISSANT

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ PAUL MOURE
Chirurgien des Hôpitaux de Paris

qui a bien voulu m'inspirer le sujet de cette thèse

J'EXPRIME TOUTE MA RECONNAISSANCE

A LA MEMOIRE
de
mes Maîtres, les Professeurs
DIEULAFOY
POZZI
MORESTIN
de la Faculté de Médecine de Paris
et
METCHNIKOFF
de l'Institut Pasteur

A mes Maîtres de la Faculté et des Hôpitaux de Paris

A mes Amis

INTRODUCTION

Nous étudierons dans cette thèse les résultats très encourageants qui ont été obtenus par notre Maître, le Dr Paul Moure, dans le traitement de certains lupus, par la méthode de l'excision large au bistouri suivie de greffe dermo-épidermique. Cette méthode n'est d'ailleurs pas nouvelle, mais il nous semble qu'elle n'occupe pas aujourd'hui la place qu'elle mérite et notre but est surtout de chercher à la réhabiliter.

Elle a été souvent proposée, puis oubliée, détrônée par un moyen plus simple qui semblait meilleur.

L'excision large au bistouri ne s'adresse certes pas à tous les lupus indistinctement et nous verrons que cette méthode présente des indications et des contre-indications formelles. Il est certain que bien des petits lupus de la face, traités précocément, guérissent parfaitement par les procédés dermatologiques, mais il faut reconnaître que les différents procédés actuellement en honneur ne guérissent pas tous les lupus et qu'ils ont, d'autre part, l'inconvénient d'être des méthodes lentes et d'exiger de multiples séances.

Avant d'aborder le fond de notre sujet, nous nous arrêterons un instant pour énumérer les différentes variétés de lupus et exposer les différents traitements préconisés pour lutter contre cette lésion, en général si rebelle.

Notre thèse sera divisée en six parties : 1° l'histoire ; 2° les indications et les contre-indications opérations ; 3° la technique opératoire ; 4° les avantages de la méthode ; 5° les observations ; 6° les conclusions et la bibliographie.

LE LUPUS

DÉFINITION, VARIÉTÉS, TRAITEMENTS CLASSIQUES

Le mot *lupus*, qui, en latin, signifie loup, fait allusion à l'action rongeante, dévorante de cette affection. (Herpès Esthiomenos d'Hippocrate, Scrofulé maligne, Scrofulide tuberculeuse, dartre rongeante, *lupus Willan* des Anglais, die fressende Feche des Allemands) affection de la peau presque toujours de nature tuberculeuse ayant une tendance envahissante et destructive.

On en distingue *deux grandes variétés* : le *lupus vulgaire*, encore appelé *lupus tuberculeux* et le *lupus érythémateux*.

Le *lupus vulgaire*, *lupus tuberculeux* ou *lupus de Willan* est une variété particulière de tuberculose de la peau, caractérisée par la présence de tubercules lupiques ou lupomes ayant l'aspect de grains jaunâtres demi-transparentes enchâssés dans le derme et pouvant aboutir ou non à l'ulcération.

C'est la forme la plus commune, la plus variée et la plus rebelle des tuberculoses cutanées ; elle siège habituellement à la face, surtout sur le nez et sur les joues,

sur le cou, plus rarement sur les membres ou sur le tronc.

VARIÉTÉS DU LUPUS VULGAIRE

I. — *D'après la distribution des tubercules lupiques on distingue 3 types : 1° le lupus disséminé; 2° le lupus agminé (le plus commun) et 3° le lupus diffus ou confluent.*

II. — *D'après le degré de saillie du lupus on différencie encore les formes suivantes :*

Le lupus plan, le lupus élevé, le lupus hypertrophique.

III. — *D'après l'évolution, on distingue : le lupus non exedens avec les formes résolutives; scléreuse, érythémato-tuberculeuse et le lupus exedens, avec les trois formes : pustuleuse, végétant-ulcéreuse (vorax) et tuberculo-ulcéreuse.*

VARIÉTÉS DU LUPUS ÉRYTHÉMATEUX

L'herpès crétacé de Devergie, le lupus acnéique, la séborrhée congestive (lupus érythémato-folliculaire), l'érythème centrifuge de Binet. Le lupus exanthématique, avec les trois formes suivantes : fixe ou discoïde, érythémateux migrants, érythémato-exanthématique. Ces différentes variétés de lupus érythémateux ne sont

pas justiciables du traitement chirurgical. Ce qui nous intéresse au point de vue chirurgical, c'est moins la variété dermatologique du lupus que son étendue, son siège et son évolution. Au point de vue chirurgical, il faut distinguer : 1° les lupus circonscrits qui, même en voie d'extension et de développement excentrique en tâche d'huile, sont justiciables de l'exérèse ; 2° les lupus disséminés à foyers multiples, auxquels il ne faut pas s'attaquer.

ENUMÉRATION DES DIFFÉRENTS MODES DE TRAITEMENT DU LUPUS

I. — *Le traitement du lupus vulgaire* est habituellement l'ablation chirurgicale avec ou sans autoplastie, le râclage ; la destruction d'emblée par : thermocautère (carbonisation), cryocautère, électrocoagulation, air surchauffé, chlorure d'antimoine, acide trichloréacétique, acide chlorydrique, la douche filiforme, l'acide pyrogallique en pommade, la pommade verte d'Unna, les scarifications linéaires quadrillées, l'ignipuncture, la galvano-puncture, les topiques médicamenteux : permanganate de potasse en solutions fortes ou en poudre, l'acide pyrogallique, la résorcine, les mercuriaux en emplâtre ; les injections de calomel en suspension huileuse, la tuberculine A. de Koch, l'éther benzyl-cynamique (Jacobson), la photothérapie de Finsen (lampe à arc, lentilles convergentes

en quartz, compression et réfrigération) ; la photothérapie combinée (rayons ultra-violets et infra-rouges), l'héliothérapie locale et générale, la radiothérapie et la radiumthérapie.

On a associé avec intérêt au traitement local du lupus le traitement général : la médication récalciifiante, l'arsenic, l'huile de foie de morue, les iodiques, les cures thermales, le séjour au bord de la mer ou en montagne où l'on fait en même temps de l'héliothérapie artificielle ou naturelle.

Le traitement habituel du lupus érythémateux, consiste d'abord en des lotions astringentes à l'eau blanche ou des pâtes ichtyolées ou résorcinées faibles alternant avec des poudres inertes, ensuite on intervient plus énergiquement par des badigeonnages : iodés, phéniqués, arsénicaux, l'huile de cade, les emplâtres mercuriels, etc... C'est aussi le savon mou de potasse employé progressivement de 1/2 heure en 1/2 heure pendant 8 à 10 heures jusqu'à réaction inflammatoire qu'il faut ensuite calmer ; on recommence à plusieurs reprises.

On a employé l'ignipuncture au galvanocautère et surtout la cryothérapie par la neige carbonique, les effluves de haute fréquence.

On a eu quelques résultats par les injections de néo-arséno-benzol qu'on recommande d'associer aux injections de tuberculine. A l'intérieur on a vanté l'iode, la quinine et l'arsenic longtemps administrés.

TRAITEMENT CHIRURGICAL DU LUPUS

HISTORIQUE

En 1870, *Volkmann*, de Halle, employa à la guérison du lupus un traitement purement chirurgical. Il grattait la lésion lupique avec une cuiller tranchante, cherchant à enlever tout le tissu malade, et pourchassait ensuite les tubercules isolées, qui entourent le foyer principal.

Balman-Squire, de Londres, diminua le volume de la cuiller de *Volkmann*.

Vidal inventa une curette en forme de lame étroite, courbée en arc de cercle à bord tranchant.

En 1881, *Hahn* enlève pour la première fois le lupus à la curette et fait immédiatement appliquer des greffes de peau. Il opère six malades par ce procédé et n'observe pas de récurrence jusqu'en 1883, époque à laquelle il publie les résultats de ses opérations (1). *Hahn* opérant de la façon suivante :

(1) *Centralblatt für chirurgie* 1883 n° 15.

Le malade était chloroformé. Les parties lupeuses, après désinfection, étaient râclées à fond. Pour arrêter l'hémorragie, Hahn faisait de la compression avec de la gaze phéniquée ou sublimée ou encore imprégnée de sous-nitrate de bismuth. Une fois l'écoulement de sang arrêté, il faisait des greffes de telle manière que toute la plaie fût complètement recouverte de petits morceaux de peau d'environ un demi centimètre, comprenant seulement du derme et de l'épiderme. Il poudrait à l'iodoforme, appliquait de la gaze iodoformée, recouvrait d'ouate et assujettissait le tout avec une bande. Il changeait le pansement au bout de 5 à 6 jours. Il y avait presque toujours adhérence complète des greffes et la guérison était obtenue.

Le 7 février 1885, devant la Société Vaudoise de Médecine, Roux préconise le traitement du lupus par le grattage et la greffe épidermique. Il avait employé ce procédé chez une jeune fille de 19 ans qui présentait un lupus de la grandeur d'une pièce de deux francs sur la joue. Après grattage, il appliqua immédiatement plusieurs greffes ; deux d'entre elles ont tenu, et la peau, qui se reforme, présente un aspect absolument sain ; la guérison se maintenait depuis quelque temps.

En 1889, Vautrin, de Nancy, remplace le premier la curette par le bistouri et emploie les greffes dermo-épidermiques d'après la méthode d'Ollier-Thiersch ; son élève, Baur, dans sa thèse de 1891, nous donne

trois observations de malades traités et guéris par Vautrin qui emploie la technique suivante : « Après antiseptie de la région à opérer par l'eau phéniquée, il utilise ou non l'anesthésie suivant que la pusillanimité du sujet la rend nécessaire. L'opération est en effet de courte durée et peu douloureuse. L'ablation du lupus est faite au bistouri, l'excision dépasse largement les tissus pathologiques. L'hémorragie est arrêtée par la simple compression avec une éponge aseptique ; la plaie n'est pas lavée, cependant dans le cas de lupus ulcérés, il recourt à l'antiseptie ; le greffon est pris sur la face antérieure du bras où mieux sur la cuisse. L'endroit choisi est préalablement lavé avec une brosse et des solutions phéniquées fortes. Un lambeau de dimension supérieure à celle de la plaie est enlevé avec un rasoir à lame mince et large, en cherchant à obtenir un lambeau aussi épidermique que possible, et n'entraînant que le sommet des papilles sans entamer le tissu cellulaire. Le greffon est directement transporté sur la plaie avec la lame du rasoir et étalé avec un instrument moussé. Pansement humide antiseptique renouvelé du 3^e au 4^e jour ou pansement sec renouvelé vers le 8^e jour.

En 1892, au XX^{me} Congrès des chirurgiens allemands, Urban, de la Clinique chirurgicale de Leipzig annonce avoir traité avec succès un certain nombre de lupus de la face, par l'excision et la transplantation d'après la méthode de Thiersch. Il soumet préalable-

ment les foyers lupiques très infiltrés au traitement de Koch qui amène la rétraction des tissus.

Thiersch attache une grande importance à la minceur des lamelles de peau transplantée : Si l'on opère sur des sujets jeunes, on observe un accroissement en épaisseur de la peau greffée, ceci n'a pas lieu chez les sujets âgés.

Schmid a traité plusieurs lupus de la même manière qu'Urban, il confirme l'observation de *Thiersch*.

Le lupus doit être excisé comme un cancer.

En 1893, à la séance du 8 mars de la Société viennoise de Dermatologie, *Schiff* montre le moulage d'une malade atteinte de lupus depuis 22 ans, et traitée sans succès par tous les dermatologistes de Vienne. Ce lupus était stationnaire depuis 12 à 14 ans, sans réaction, sans nodosités récentes. L'hiver dernier seulement, il s'étendit, s'exulcéra et fut le siège de vives douleurs ; aussi la malade s'est-elle décidée à le faire extirper complètement.

Gersung a enlevé il y a 12 jours les deux bons tiers de la peau de la jambe. La transplantation a été faite d'après la méthode de *Thiersch* avec des lambeaux pris sur la cuisse. L'opération a parfaitement réussi. Les deux tiers du lambeau ont adhéré complètement et la malade sera entièrement guérie dans 2 ou 3 semaines.

En 1894, à la Société Viennoise de dermatologie, séance du 21 février, *Nobl* présente un garçon de

20 ans chez lequel *Lang* « après avoir excisé profondément un foyer de lupus en partie verruqueux, en partie sclérosé, situé sur la face dorsale du pied droit, a fait des greffes cutanées d'après le procédé de Thiersch. La plaie de 8 cm de longueur sur 4 cm de largeur a été recouverte de lambeaux de peau pris sur le côté externe de la cuisse du même côté. L'opération a réussi, les lambeaux ont parfaitement repris, à l'exception de deux ou trois points de la dimension d'une lentille à celle de la pointe du doigt. Ultérieurement quelques points suspects au voisinage du foyer lupique dans la peau saine furent détruits avec le thermo-cautère ou l'électro-cautère. Depuis 15 jours, le malade marche et l'autoplastie est intacte ». *Lang* tient à ajouter à propos de l'observation précédente que dans ce mode de traitement, il faut enlever tout le foyer morbide. Après chaque opération il a soin d'examiner si les limites du lupus ont été dépassées en profondeur.

Dans la séance du 18 avril 1894, *Nobl* présente deux malades du service de *Lang* sur lesquels on a pratiqué l'extirpation des foyers lupiques et l'autoplastie par le procédé de Thiersch. Sauf une légère rétraction des cicatrices, il n'y a pas eu de récurrence depuis l'opération faite, dans un des cas, à la fin de janvier et dans l'autre, à la fin de février.

En 1894, à la Société I. et R. des Médecins de Vienne, séance du 26 octobre, *Lang* qui traite le lupus par l'extirpation de la partie malade et la transplantation

de lambeaux de peau d'après le procédé de Thiersch, présente quatre nouveaux cas de guérison (voir observations).

En 1894, A. Koehler (1) se déclare partisan du traitement combiné de lupus par les injections de tuberculine et l'intervention chirurgicale. Quand la perte de substance est trop considérable pour être réunie par des points de suture, il faut avoir recours aux greffes cutanées de Thiersch.

En 1894, I. Schuts écrit : (2) Le traitement du lupus par extirpation, suivie de greffes de Thiersch, donne de très bons résultats, mais ce procédé n'est pas applicable à tous les cas, notamment à certains lupus difficilement accessibles de la muqueuse.

En 1895, au 66^{me} Congrès des Naturalistes et Médecins de Vienne, M. Schiff dit avoir traité dans ces dernières années 17 cas de lupus par l'extirpation et la transplantation consécutives suivant le procédé de Thiersch. Les cas qui siégeaient sur le tronc et les membres sont restés sans récurrence. Dans 5 cas de lupus de la face il n'y a pas eu de résultat appréciable en raison de l'impossibilité d'immobiliser les lambeaux transplantés.

M. Lang regarde l'extirpation comme la méthode

(1) Ueber den chirurgischen Theil der togen combinirt in Behandlung des Lupus (Berlin Klinisch). Wochenschrift, p. 895.

(2) Zur Behandlung des Lupus Vulgaris (Archiv f. Dermath und syphilis T. XXVI, page 97).

par excellence du traitement du lupus : c'est la seule qui donne une guérison réelle et durable. Pour recouvrir les grandes pertes de substance, Lang n'emploie pas la transplantation de Thiersch, mais utilise de grands lambeaux de peau.

En 1895, Faubard étudie dans sa Thèse de Paris le traitement du lupus des membres et en particulier des lupus verruqueux par le râclage et l'ablation au bistouri, suivis de suture ou de greffes.

En 1896, à la Société Française de Dermatologie et Syphiligraphie, séance du 12 mars, Eugène Terrien et M. Tenneson présentent deux observations de lupus ainsi traités et guéris.

En 1896, à la Société viennoise de Dermatologie, séance du 26 février, M. Popper présente un homme de 52 ans, atteint de lupus vulgaire étendu de la face et du pavillon de l'oreille droite guéri après excision et transplantation suivant la méthode de Thiersch.

A la séance du 28 octobre, M. Popper présente un cas de lupus vulgaire des joues chez un jeune homme de 22 ans, opéré avec succès par la méthode de Thiersch.

A la séance du 11 novembre, M. Popper, du service du professeur Lang, présente deux cas de lupus vulgaire des joues, guéris par l'excision et la transplantation d'après la méthode de Thiersch.

En 1898, à la Société viennoise de Dermatologie, séance du 5 mai, M. Lang présente un jeune homme

de 17 ans traité d'un lupus de la face dorsale de la main gauche, par l'extirpation et la greffe de Thiersch. Le résultat a été excellent.

Il présente ensuite une femme de 36 ans qu'il a opérée il y a un an et demi et chez laquelle il se produit actuellement une récurrence.

En 1897, à la *Société viennoise de Dermatologie*, M. Deutch présente une jeune apprentie qui a été opérée pendant l'été d'un lupus tumidus de la joue droite. L'étendue dépassait celle de la paume de la main. La plaie fut recouverte par un lambeau de peau de la région sous-maxillaire. Il existait aussi un foyer lupique sur le front qui fut extirpé peu de jours après, la plaie fut recouverte par le procédé Thiersch.

En 1897, M. Buschke, à la *Société berlinoise de Dermatologie*, séance du 7 décembre, en parlant de l'extirpation radicale du lupus effectuée sur 17 malades, déclare n'avoir vu qu'une seule récurrence au centre d'un lambeau transplanté. Le lambeau était malade avant la transplantation, car un tubercule lupique s'était également développé à la place où avait été prélevé le greffon.

En 1898, M. Rosenthal, à la *Société berlinoise de Dermatologie*, séance du 1^{er} février, présente un malade qui avait sur la face dorsale d'une main une tuberculose verruqueuse de la peau, sur le bras un scrofuloderme et sur le lobule de l'oreille gauche un lupus. Ces trois foyers ont été enlevés et les plaies re-

couvertes par des greffes de Thiersch. Le résultat est très satisfaisant.

En 1899, Lang, à la Société viennoise de Dermatologie, séance du 11 janvier, présente un homme de 31 ans atteint d'un lupus papillaire étendu au dos du pied et du cou de pied. Excision et greffe épidermique d'après la méthode de Thiersch.

En 1898, Lang, de Vienne, écrit un volume in-8° de 136 pages, avec 67 dessins, intitulé : *Der Lupus und dessen operative Behandlung*. Il dit dans ce livre qu'il faut dans les cas opérables pratiquer l'extirpation complète, radicale des foyers lúpiques, arriver jusqu'aux tissus sains et ne pas craindre d'enlever des parties de fascia, de muscles, de périoste et même de fragments osseux suivant les cas. Lang emploie pour recouvrir les pertes de substance la suture ou les greffes de Thiersch.

L'auteur entre dans les plus grands détails sur la technique opératoire, les moyens de désinfection et les méthodes de pansement. Il indique les résultats obtenus chez 52 malades ; sur ce nombre il élimine les trois derniers parce que depuis l'opération il ne s'est pas écoulé six mois ; ce n'est donc que sur 49 cas qu'on peut juger de la valeur de la méthode d'extirpation. Malheureusement, il faut déduire de ce chiffre 14 malades qui ne se sont jamais représentés, de sorte qu'il en reste 35, c'est-à-dire les deux tiers, sur lesquels on peut apporter un jugement précis. 24, exa-

minés à différentes reprises, n'ont pas présenté de symptômes d'éruption lupique nouvelle. Chez quatre malades on constate après un temps plus ou moins long des effervescences lupiques disséminées, non dans la région opérée mais sur la peau saine. Par contre, il a observé des récides chez dix malades, *in loco operationis*, récides dans le sens propre du mot. Chez quatre malades une récide survient au bout de six à dix-huit mois après l'opération. Pour 27 malades, la durée de l'observation a été de 6 mois à 4 ans, chez 8, elle a été d'une année, chez 10, elle a atteint 2 ans, et chez 9, de 2 à 4 ans. Sur les nombreuses gravures sur bois insérées dans le texte on peut voir que les résultats plastiques sont des plus remarquables.

En 1898, à la Société viennoise de Dermatologie, séance du 16 novembre, Kreich présente un enfant de 11 ans atteint de lupus vulgaire opéré dans l'automne de 1898 (excision et greffe). Actuellement il existe sur les bords supérieurs et inférieurs du lambeau bien cicatrisé, deux foyers lupiques de la dimension d'une pièce de un franc.

En 1899, à la Société française d'Ophtalmologie, séance du 7 mai, de Gouvea rapporte l'observation d'une jeune fille atteinte d'un placard de lupus occupant la moitié supérieure de la paupière supérieure. On pratique l'excision et on fait aussitôt la transplantation d'un lambeau dermo-épidermique emprunté à la région antéro-supérieure de la cuisse. Le résultat

fut parfait et se conserva tel, un an après l'intervention.

En 1900, au IV^{me} Congrès international de Dermatologie et Syphiligraphie de Paris, Lang, de Vienne, et Nélaton, de Paris, rapportent les résultats de l'extirpation du lupus avec présentation des malades.

M. Brocq, en discutant sur la Finsentherapie recommande l'extirpation dans les petits lupus, dans les cas où l'on ne craint pas les grands délabrements.

En 1907, Jungmann (1), dans son article intitulé *Indicationen der Lupustherapie nach ihren gegenwartigen Stande* (Indications du traitement du lupus d'après les connaissances actuelles), accompagné de 24 figures, plaide en faveur de l'extirpation des lupus même multiples et étendus telle que la pratique son maître Lang, c'est-à-dire suivie de greffes de Thiersch. Il met en relief les résultats tout à fait remarquables ainsi obtenus.

En 1923, Paul Moure reprend le traitement chirurgical du lupus par la méthode de l'*excision large au bistouri*, suivie de greffes dermo-épidermiques, mais en modifie la technique. Il ne fait pas comme ses prédécesseurs, l'opération en une seule séance, mais il pratique l'intervention en deux temps : dans un premier temps ablation simple du lupus, puis stérilisation de la plaie au chlorure de zinc, à la solution de

(1) Archiv. für Dermatologie und Syphilis t. L XXVII, p. 303.

Dakin, à l'iodoforme combinés à des séances d'héliothérapie.

Dans un deuxième temps, 15 à 20 jours après, greffes dermo-épidermiques.

On met ainsi le malade à l'abri des récurrences.

Après avoir démontré par cette étude historique très soignée que le principe du traitement chirurgical du *lupus* n'est pas nouveau, nous nous proposons d'exposer en détail, les indications opératoires et la technique opératoire du procédé ainsi modifié que nous avons vu employer par notre Maître, le D^r *Paul Moure*. Puis, en nous appuyant sur l'étude des observations, il nous sera facile de démontrer les avantages incontestables de cette thérapeutique simple et radicale, applicable à certains *lupus*.

INDICATIONS OPERATOIRES

La première indication opératoire est fournie par la durée *du temps* dont le malade peut disposer pour son traitement. La méthode chirurgicale s'adresse particulièrement aux ouvriers qui ne peuvent distraire plusieurs matinées par semaine, pendant des mois, **pour venir aux séances de Finsentherapie ou de scarifications**. Par conséquent, pour une question de temps on peut être amené à opérer de petits lupus de la face qui seraient susceptibles de guérir par les procédés habituels. En outre, dans les observations que nous rapportons, il en existe un certain nombre où le patient, éclairé sur les différentes méthodes thérapeutiques, a délibérément choisi l'excision chirurgicale.

Indications fournies par les dimensions et par le siège du lupus. — Ce procédé peut s'adresser non seulement aux petits lupus de la face et du cou, mesurant moins de 10 mm. de diamètre, mais encore à des lupus plus vastes, mesurant jusqu'à 8 ou 10 cm. de diamètre et pouvant intéresser une grande partie de la joue (voir observations). Lorsque le lupus siège

sur le tronc ou sur les membres et que ses dimensions sont assez étendues, il est certain que l'excision chirurgicale doit être considérée comme la méthode de choix (voir observations).

Indications fournies par l'échec des traitements dermatologiques. — Personne ne pourrait affirmer aujourd'hui qu'il existe une méthode infaillible dans le traitement du lupus. Si tous les procédés thérapeutiques ont à leur actif des guérisons certaines, il faut bien reconnaître que certains lupus ne guérissent pas ou récidivent après une guérison momentanée. Donc, si chacune de ces différentes méthodes compte des succès, elle compte également des échecs. Nous n'avons pas l'intention d'en évaluer le pourcentage ; mais que ces échecs soient dus à une application défectueuse de la méthode ou à la négligence des malades, il n'en sont pas moins certains, et c'est le plus souvent dans ces conditions que les malades nous ont été adressés. Certains avaient déjà subi un traitement de plusieurs mois ou de plusieurs années, 2 ans..., 3 ans..., 10 ans (voir observations).

Nous avons traité plusieurs infirmières de l'Hôpital Saint-Louis qui avaient épuisé l'efficacité des différentes méthodes préconisées par leurs chefs de services successifs.

Dans tous les cas nettement rebelles aux traitements habituels, l'excision chirurgicale constitue une dernière ressource importante. Il est cependant nécessaire

de faire remarquer que dans ces cas très anciens, les tissus toujours infectés et fortement sclérosés au niveau et autour de la lésion, rendent la greffe dermo-épidermique plus difficile et donnent en général un résultat esthétique moins bon.

Contre-indications opératoires. — L'excision chirurgicale ne doit pas être employée dans tous les lupus indistinctement. Nous avons déjà dit, dans le paragraphe précédent, que la plupart des petits lupus de la face pouvaient guérir par les procédés dermatologiques. L'excision ne doit donc pas être proposée d'emblée au malade. Tous les cas que nous avons eus à traiter nous ont toujours été adressés par les dermatologistes de l'Hôpital Saint-Louis.

Les contre-indications opératoires peuvent être encore fournies par la nature ou par les dimensions du lupus.

Il ne faut pas opérer les lupus à forme disséminée, ou à foyers multiples, ceux dont les limites ne sont pas nettes et dont les bords irréguliers envahissent l'entrée des fosses nasales, le rebord conjonctival ou les commissures buccales.

Il ne faut pas opérer les lupus jeunes en voie d'extension rapide, car l'excision a des chances de ne pas dépasser les lésions.

Moyens de mettre les lésions lupiques en évidence. — On a fait à l'excision chirurgicale le reproche de ne pas enlever la totalité des tissus infectés par le bacille

de Koch. Ce reproche peut s'adresser évidemment aux lupus en voie d'extension rapide ou de dissémination; c'est pour cette raison qu'il nous paraît dangereux de leur appliquer le traitement chirurgical. On a proposé pour mettre en évidence les lésions lupiques encore latentes, les injections d'une solution faible de Tuberculine A de Koch qui produit une réaction locale congestive en délimitant ainsi les contours du foyer lupique. Nous déconseillons formellement ce procédé et dans les cas douteux, il est préférable de s'abstenir ou d'attendre.

Il faut donc extirper seulement les lupus déjà anciens et bien limités et qui ne sont pas dans une période d'accroissement rapide.

TECHNIQUE OPERATOIRE

L'Anesthésie locale. — On peut employer indifféremment une solution de novocaïne à 1/100 ou de Nikétol. L'injection se fera selon la technique habituelle, mais il faut éviter de produire des inoculations tuberculeuses avec l'aiguille. Nous avons observé deux fois cette complication : il faut enfoncer l'aiguille loin de la lésion, en tissu sain ; grâce à l'emploi d'une aiguille longue, on peut éviter les piqûres multiples. Si les dimensions du lupus exigeaient plusieurs piqûres, il est prudent de passer l'aiguille à la flamme ou de changer d'aiguille avant chaque nouvelle piqûre.

Dans les lupus plus étendus, il peut être indiqué de pratiquer l'anesthésie **régionale**.

Opération. — 1^{er} TEMPS

L'excision de la lésion est faite avec un bistouri bien tranchant. Sur la face, il est préférable de pratiquer une excision circulaire ou ovale suivant la forme du lupus, car les cicatrices aux lignes arrondies restent

toujours moins disgracieuses que les cicatrices angulaires. L'incision doit passer largement en dehors des lésions apparentes (6 à 10 mm. suivant les cas).

Lorsque la lésion a été ainsi circonscrite avec le bistouri qui entaille toute l'épaisseur de la peau, il faut détacher rapidement la rondelle ainsi isolée en passant dans le tissu cellulaire sous-cutané. L'incision doit être non seulement large en surface, mais encore en profondeur.

Il faut enlever toute l'épaisseur de la peau avec une petite couche de tissu cellulaire, car l'examen histologique des lupus extirpés montre toujours leur étendue en profondeur.

L'hémorragie qui accompagne cette excision est toujours assez abondante.

Il suffit de pincer et de lier au catgut 00 les petites artères qui saignent en jet et de comprimer pendant quelques minutes la surface cruentée pour arrêter le saignement.

La surface cruentée est alors badigeonnée avec une solution de chlorure de Zn au 1/10 et pansée à plat.

Précautions nécessaires pour éviter l'inoculation des tissus sains. — Pendant l'acte opératoire, le chirurgien doit être préoccupé par l'idée de ne pas produire d'inoculations tuberculeuses. Cette notion est absolument capitale, la réinoculation tuberculeuse est en effet une des grandes causes d'insuccès du traitement chirurgical des lupus. Elle peut se produire, soit par le

frottement d'une compresse qui passe de la région lupique à la surface cruentée, soit par les mors d'une pince à griffes qui pince successivement la zone lupique, puis les tranches de l'incision ; soit enfin par l'aiguille qui injecte la solution anesthésiante et qui a été enfoncée trop près de la lésion.

Pansement. — Il faut appliquer une rondelle coupée dans une compresse de gaze stérilisée comprenant 10 à 12 épaisseurs. Ce pansement est maintenu par un leucoplaste ou par quelques tours de bande si le suintement sanguin nécessite une compression. Des pansements antiseptiques à la solution de Dakin ou à l'éther iodoformé seront renouvelés durant 15 à 30 jours et entrecoupés si possible de quelques séances d'héliothérapie. Lorsque la plaie opératoire traitée de cette façon a pris un bel aspect rouge vif et que le fond a bourgeonné pour arriver à peu près au niveau des téguments environnants, le moment est venu de procéder à la greffe dermo-épidermique.

Lorsque le lupus est infecté secondairement comme il arrive souvent dans les lésions anciennes, il peut être utile de surveiller d'une façon plus précise la désinfection de la plaie et de pratiquer des examens bactériologiques avant d'entreprendre la greffe dermo-épidermique, car la présence du streptocoque est une cause d'insuccès.

Greffes dermo-épidermiques. — 2^{me} TEMPS

Préparation de la plaie. — La plaie d'un beau rouge vif doit présenter un semis de petits bourgeons rouges entouré par un mince liséré d'épiderme de nouvelle formation.

Il faut alors frotter toute la région et la peau périphérique avec un tampon imbibé d'éther, puis laver au sérum chaud. Il faut ensuite enlever délicatement à l'aide d'une pince sans griffes le liséré épidermique ; ces diverses manœuvres ont avivé la plaie et déterminé un léger suintement sanguin qu'une compression de quelques minutes suffit à tarir.

Lorsque la plaie est recouverte de bourgeons mous et exubérants qui dépassent le plan des téguments voisins, il devient nécessaire de détruire ces bourgeons à l'aide d'une curette. Il est alors préférable d'attendre 24 à 48 heures avant de pratiquer la greffe dermo-épidermique.

Prélèvement du greffon. — Le greffon peut être prélevé sur la face externe de la cuisse ou sur la région deltoïdienne ; la peau prélevée en ces points a l'inconvénient de ne pas présenter le même grain que celle du visage ce qui rend le résultat esthétique moins parfait. Cependant, c'est au niveau de ces deux régions que la prise du greffon est le plus facile.

Chez les femmes jeunes, il est préférable de ne pas

prendre le greffon sur le bras pour éviter une cicatrice qui peut rester apparente. Dans certains cas de petits lupus chez les femmes jeunes et coquettes, on peut être autorisé à prélever le greffon sur le front, exactement à la racine des cheveux. Le greffon dermo-épidermique prélevé en ce point possède un grain comparable à celui de la joue et peut ainsi fournir un résultat esthétique plus parfait.

La perfection du résultat esthétique dépend en réalité de facteurs nombreux qu'il ne nous a pas encore été possible de déterminer avec certitude, mais le point d'origine du greffon ne nous paraît pas jouer un rôle primordial.

Préparation de la région. — La région sur laquelle doit être prélevé le greffon doit être énergiquement frottée avec un tampon imbibé d'éther, puis lavée au sérum chaud. Cette friction a, pour but :

1° De désinfecter la peau ;

2° De déterminer de l'hyperhémie, ce qui permet aux cellules épithéliales de se gorger de substances nutritives avant leur transplantation. Le greffon est prélevé suivant la technique classique, à l'aide d'un rasoir bien tranchant. Il est utile d'enduire de vaseline la face intérieure du rasoir ce qui lui permet de glisser sans secousses.

Les dimensions du greffon seront variables suivant la surface à recouvrir. Lorsque celle-ci ne mesure pas plus de 4 centimètres de large, elle peut

être recouverte avec un seul fragment, mais lorsqu'elle est plus vaste, il devient nécessaire d'appliquer plusieurs lamelles, en ayant soin de les placer bord à bord sans les faire chevaucher. Lorsque la plaie est ainsi entièrement recouverte de lamelles épidermiques, il est utile de la laisser exposée à l'air durant trente minutes avant d'appliquer un pansement.

Faut-il prélever des greffons dermo-épidermiques minces ou épais? — Cette question a soulevé de nombreuses controverses. Il est certain que l'épaisseur du greffon doit varier suivant la forme de la surface à recouvrir.

Lorsque cette surface atteint le niveau de la peau environnante, il est préférable d'appliquer un greffon mince ; mais lorsque la surface cruentée est déprimée, il est utile de se servir d'un greffon épais ; il peut même être nécessaire d'employer des greffons d'épaisseur inégale si la plaie présente un fond irrégulier ; mais en aucun cas la lamelle dermo-épidermique ne doit entamer le tissu cellulaire sous-cutané.

Pansement. — Il est nécessaire de panser d'abord la surface cruentée qui résulte de la prise du greffon, il faut au préalable la layer au sérum chaud, la sécher et placer un pansement sec qui sera laissé en place une dizaine de jours. Si à ce moment, l'épiderme n'est pas complètement reconstitué, il suffira de placer un nouveau pansement (pansement au collargol) sous lequel s'achèvera l'épidermisation. Il faut éviter

absolument l'infection secondaire de cette plaie qui sans cela mettra des semaines à se cicatriser.

Pansement de la surface greffée. — Les greffons dermo-épidermiques exposés à l'air durant une demi-heure ont pris une teinte bleutée qui fait bien augurer de leur avenir ; un léger suintement séreux s'écoule à la périphérie, il faut alors à l'aide d'un tampon de gaze exercer une pression douce et verticale à leur surface, de façon à éponger le liquide séreux et à les faire adhérer à la profondeur.

Ce temps délicat demande une grande précision car il faut éviter de faire glisser et de décoller les lamelles épidermiques.

Pansement. — Six à huit épaisseurs de gaze stérilisée coupées en rondelles dans une compresse sont appliquées sur la région greffée et maintenues par un leucoplaste. Vingt-quatre ou quarante-huit heures après, le pansement est enlevé en ayant soin de laisser en place la première épaisseur de gaze qui reste adhérente aux greffons qu'elle maintient tout en permettant leur aération. Cette unique couche de gaze forme un pansement grillagé qui évite la macération. Elle doit rester en place durant 4 à 6 jours.

Avant de placer le nouveau pansement sur cette première couche de gaze, il est utile de laisser la plaie exposée à l'air durant plusieurs heures.

Si, après un deuxième pansement, la région paraît absolument aseptique, c'est-à-dire s'il n'existe pas de

suintement séro-purulent, le pansement peut être laissé en place plusieurs jours. Sinon, il est nécessaire de renouveler le pansement chaque jour et de prolonger les séances d'aération.

La première rondelle fixe doit être enlevée entre le 5^e et le 6^e jour en la décollant progressivement pour éviter d'arracher les lamelles dermo-épidermiques ; on peut alors supprimer le pansement et le remplacer par une couche légère de vaseline.

*
* *

Résultats opératoires

Les résultats de cette méthode ont toujours été excellents.

Ils doivent être envisagés à un double point de vue :

- 1° La guérison du lupus ;
- 2° Le résultat esthétique.

1° Sur les 29 cas inédits dont nous rapportons les observations, la guérison s'est toujours maintenue sans récive, sauf dans deux cas où, après trois mois chez l'un et quatre mois chez l'autre, nous avons vu survenir à côté du greffon un petit point rouge suspect, résultant très certainement d'une inoculation opératoire au cours de la piqûre anesthésiante. Depuis que nous prenons les précautions que nous avons exposées pages 34-35 nous n'avons plus jamais à dé-

plorer pareil incident. Dans ces deux cas, il a suffi d'une simple petite pointe de feu pour faire disparaître cette lésion punctiforme. Dans un cas, la malade traitée avec succès pour un petit lupus bien limité de la face a fait quatre mois plus tard une poussée de tuberculose pulmonaire aiguë ; on ne peut vraiment pas dire que ce soit cette intervention bénigne, à l'anesthésie locale, qui ait pu occasionner cette complication. S'il fallait incriminer l'essaimage tuberculeux, la scarification devrait produire plus fréquemment cette terrible complication puisqu'elle ouvre les vaisseaux en plein foyer tuberculeux.

Cette mort par phthisie aiguë nous paraît devoir être considérée comme une simple coïncidence.

2° Le résultat esthétique est variable suivant les cas. Il est absolument parfait lorsque la méthode a été appliquée sur des lupus qui n'avaient subi aucun autre traitement ; au bout de deux à trois mois, le greffon dont la surface s'est parfois légèrement gaufrée s'aplatit et s'assouplit progressivement et fait absolument corps avec les téguments voisins ; sa surface tend à se rétrécir et ses dimensions sont toujours beaucoup moindres que celles du lupus excisé ; sa couleur est variable suivant les cas, il reste généralement un peu plus pâle et de teinte un peu jaunâtre durant plusieurs mois, mais peu à peu, il prend une coloration normale. D'ailleurs, durant cette période, il suffit d'un léger maquillage pour rendre le greffon presque invi-

FIGURE 1



Observation 6. — Mlle G. C. 18 ans. Lupus infiltré datant de 5 ans. Extirpation circulaire. Greffe dermo-épidermique. — Guérison

FIGURE 2



Observation 6.

FIGURE 3

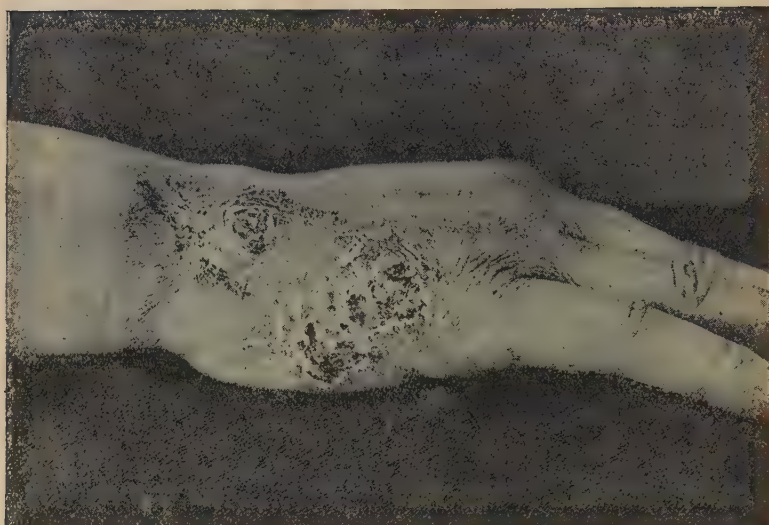


FIGURE 4



Observation 11. — M^{lle} B. B. Infirmière à l'Hôpital St-Louis. Lupus de 11 cm. de longueur sur 6 cm. de large datant de 17 ans. — Excision large. — Greffe dermo-épidermique. — Guérison maintenue depuis 2 ans.

sible. Mais le résultat esthétique n'est pas toujours aussi parfait et le greffon reste parfois saillant, induré, plissé. Nous avons observé des cicatrices vicieuses dans les cas de lupus très anciens qui avaient subi durant des années (10 à 15 ans) un traitement par des cautérisations, par des scarifications ou par les rayons X. Cependant il est presque toujours possible d'améliorer ce résultat esthétique imparfait. Il ne faut cependant pas trop se hâter de considérer le résultat inesthétique comme définitif, car souvent c'est seulement au bout de 6 à 8 mois que le greffon induré, cartonné, ratatiné commence à s'assouplir, à s'estomper et à faire corps avec les téguments voisins sur lesquels il semblait pendant longtemps se cramponner comme un élément étranger. Il faut donc faire patienter les malades et leur conseiller de masser le greffon trop saillant avec de la vaseline ou de la pommade à l'oxyde de zinc. Cependant si le greffon semble devoir former définitivement une saillie plus ou moins régulière, il suffit de l'abraser avec le rasoir pour le mettre au niveau du plan des téguments voisins, on obtient ainsi secondairement un résultat esthétique excellent (observations n^{os} 13, 14 et 19).

FIGURE 5

*Observation 50.*

FIGURE 6



Observation 20. — M^{me} P. 50 ans. Lupus datant de 15 ans. —
Excision. — Greffe dermo-épidermique. — Guérison

ETUDE ANALYTIQUE DES RESULTATS

Le lupus datait : de plus de 10 ans dans 3 cas.

de 10 ans à 5 ans dans 4 cas.

de 5 ans à 2 ans dans 7 cas.

de 2 ans à 1 an dans 7 cas.

d'un an à 2 mois dans 8 cas.

Le lupus n'avait subi aucun traitement dans 8 cas.

Le lupus avait été traité par scarifications dans 4 cas.

par rayons X dans 2 cas.

par Finsenthérapie dans 6 cas.

par pointes de feu dans 2 cas.

par des caustiques dans 2 cas.

par des pommades dans 2 cas.

Le traitement antérieur n'est pas spécifié dans 3 cas.

Guérison datant de plus de : 2 ans = 3.

1 an = 7.

6 mois = 6.

Mort de tuberculose pulmonaire : 1.

Pas de récidence dans 20 cas dont on a pu suivre l'évolution.

Résultat esthétique parfait : 19 cas.

passable : 3 cas.

mauvais : 1 cas.

AVANTAGES DE LA METHODE

Les avantages de cette méthode nous paraissent multiples.

C'est d'abord la courte durée du traitement qui n'excède pas 4 à 5 semaines et qui nécessite seulement deux séances opératoires : l'excision et la greffe dermo-épidermique avec une série de pansements absolument indolores.

C'est ensuite la guérison définitive du lupus qui a été la règle dans tous les cas ainsi traités.

Cette brièveté du traitement est un avantage considérable sur lequel nous ne saurions trop insister surtout lorsqu'il s'adresse à des malades d'hôpital qui ne peuvent interrompre leur travail plusieurs jours par semaine pendant de longues périodes. Nous pouvons à cet égard citer le cas d'une malade habitant la banlieue et atteinte d'un petit lupus de la région cervicale. Cette malade obligée de venir souvent à Paris pour subir des séances de sacrifications, se décida à quitter la campagne et à venir habiter la ville. En puissance de tuberculose, elle ne tarda pas à voir se développer trois nouveaux lupus dans le voisinage du premier, puis une adénite de la région

carotidienne. C'est alors qu'elle nous fut conduite.

L'excision circulaire large est une méthode très supérieure à l'excision elliptique suivie de suture immédiate qui donne souvent des récidives ou des chéloïdes.

En effet, en pratiquant l'excision circulaire large de la région tuberculeuse sans avoir à se préoccuper de la réunion immédiate, on n'a pas de tendance à faire une excision trop économique qui expose fatalement à la récidive.

D'autre part, la plaie opératoire restant largement ouverte pendant 4 à 5 semaines, exsude une grande quantité de sérosité exprimant ainsi les lymphatiques et les espaces cellulaires, ce qui favorise certainement l'issue des bacilles de Koch qui pourraient être restés dans les tissus voisins.

La plaie pansée à plat, soumise à l'action des antiseptiques et surtout exposée à l'air, à la lumière et au soleil, se trouve ainsi placée dans les meilleures conditions de stérilisation.

C'est pour cette raison que l'excision circulaire large au bistouri nous paraît très supérieure à l'excision elliptique suivie de suture immédiate.

Lorsque le lupus siège sur le tronc ou sur les membres, on peut remplacer la greffe par une suture secondaire, après décollement des bords de la plaie qui a été désinfectée comme si elle devait être greffée.

La qualité de la cicatrice obtenue par la greffe

dermo-épidermique est en général très supérieure à celle que fournit la suture immédiate, car la chéloïde est beaucoup plus rare.

Le dernier avantage de cette méthode est encore de pouvoir être considéré comme un procédé héroïque lorsque le lupus a résisté pendant des années (observer autres thérapeutiques). Mais dans ces cas, il faut bien savoir que le résultat esthétique sera toujours moins favorable, car les tissus sclérosés par les caustiques et par les scarifications seront moins aptes à assurer la bonne nutrition du greffon.

OBSERVATIONS DE VAUTRIN (*Thèse de Baur*)

Observation n° 1. — Un jeune garçon de 10 ans est amené en août 1889 à la consultation. Il est atteint d'un lupus de la joue droite, de la dimension d'une pièce de cinquante centimes environ qui a débuté deux ans auparavant. La plaque lupique est traitée par l'ignipuncture. Des cautérisations sont faites deux fois par semaine sur les points où se montrent de petits tubercules rouges. Après deux mois de traitement, aucune amélioration ne s'est produite. Le petit malade entre à l'hôpital pour faire enlever son lupus. L'opération est faite le 25 septembre. Après anesthésie, la plaque lupique est largement enlevée au bistouri ; à la périphérie et dans la profondeur, la limite des tissus malades est hardiment dépassée. Le tissu cellulaire sous-cutané lui-même est excisé. L'hématose est faite par compression, une greffe dermo-épidermique de la dimension de la plaie est prise sur la cuisse de l'enfant et est IMMÉDIATEMENT appliquée.

Pansement au coton imbibé d'acide borique renouvelé le troisième et le sixième jour ; le huitième jour

après l'opération, la greffe a complètement pris ; le dixième jour le *malade sort guéri*. Deux mois après, la cicatrice présente deux petits tubercules pris à tort ou à raison pour une récurrence, l'aiguille positive enfoncée dans chacun d'eux en a raison dans une seule séance d'électrolyse. Aujourd'hui (juin 91), la guérison est complète, la cicatrice a la dimension d'une pièce de 20 centimes.

Observation n° 2. — Une jeune fille de 18 ans vint consulter M. Vautrin pour un *lupus du nez*, inutilement traité depuis plus d'un an par des pommades variées ; l'affection, bien limitée, s'étendait sur la narine droite, et mesurait à peu près un centimètre de largeur sur cinq à six millimètres de hauteur. L'ablation fut faite immédiatement sans anesthésie, une greffe fut prise sur le mollet et appliquée sur la plaie. Pansement à l'eau simple. La guérison était complète huit jours après. L'opération eut lieu en janvier 1890, pas de récurrence jusqu'aujourd'hui (juin 1891).

Observation n° 3. — Une jeune fille en traitement depuis plusieurs années pour un *lupus très étendu* de la joue droite et du sillon nasogénien vient, en 1888, consulter M. le Dr Vautrin. Les scarifications, l'ignipuncture sont employées sans grand succès. En août 1890, la malade revient après une absence de plusieurs mois et présente sur la joue gauche au-dessous de

l'angle externe de l'œil une rougeur qui avait débuté deux mois auparavant. Cette plaque rouge parsemée de nodules plus durs est reconnue pour un *lupus* analogue à celui de la joue droite. L'ablation est proposée et acceptée. Après anesthésie, la plaque lupique est largement excisée et la plaie recouverte d'une greffe dermo-épidermique.

Pansement au coton hydrophile imbibé d'eau salée et renouvelé deux fois en huit jours. Une petite partie de la greffe ne tient pas ; néanmoins vers le douzième jour tout est cicatrisé. Jusqu'aujourd'hui (juin 1890), pas de récive. L'énorme *lupus* de la partie droite de la face continue à évoluer.

OBSERVATIONS DE LANG (1894)

Observation 1. — Femme de 51 ans, chez laquelle existait depuis 32 ans, un *lupus* qui occupait la moitié droite du visage. Le 2 juin 1899, on excisa le *lupus* dans toute son étendue en y comprenant la couche musculaire et des parties du périoste. Pour éviter la formation d'un ectropion, Lang recouvrit la perte de substance de la paupière par un lambeau de peau pris sur le bras, tandis qu'il appliqua sur le reste de la plaie de petits lambeaux, d'après Thiersch. Malgré cette précaution, il se produisit encore de l'ectropion. Par ailleurs la guérison a eu lieu d'une façon correcte.

Observation n° 2. — Demoiselle de 32 ans atteinte de lupus depuis 17 ans, opérée le 2 mai 1894. Lang extirpe le lupus qui avait envahi la face dorsale de la main gauche et un certain nombre de doigts et recouvre la plaie par le procédé de Thiersch ; le résultat fut également des plus satisfaisants et des plus rapides.

Observation n° 3. — Jeune fille de 21 ans atteinte depuis deux ans d'un lupus de la région sous-maxillaire. Le 31 janvier 1894, Lang extirpe le lupus et fait la transplantation par le procédé de Thiersch ; dans la suite, il se produisit un peu de rétraction cicatricielle.

Observation n° 4. — Garçon de 14 ans, qui fut opéré le 2 juillet d'un lupus existant depuis six ans dans la région sous-maxillaire par l'extirpation suivie de greffes de Thiersch. La guérison fut complète, mais il s'est produit chez ce malade, à la limite du champ opératoire des productions chéloïdiennes très caractéristiques.

OBSERVATIONS PERSONNELLES DU D^r MOURE

Observation n° 1

Mlle D. M., 22 ans. Petit lupus de la joue droite, de la grandeur d'une pièce de 50 centimes, ayant débuté en juin 1922. La malade n'a pas suivi de traitement dermatologique antérieur.

Le 7 octobre 1922, extirpation circulaire à l'anesthésie locale ; pansements quotidiens. La malade n'est pas hospitalisée. Le 17 octobre 1922, greffe dermo-épidermique prélevée sur la cuisse. Guérison.

La malade a été revue pour la dernière fois le 11 février 1925. Le greffon est souple et un peu jaune. Pas de récurrence. Bon résultat esthétique.

Observation n° 2

Mlle R. F. (adressée par le D^r Lortat-Jacob). Lupus de la joue gauche ayant les dimensions d'une pièce de 50 centimes, évoluant depuis cinq mois, grossit depuis plusieurs semaines. Pas de traitement antérieur.

Le 2 décembre 1922, extirpation à l'anesthésie locale.

Infiltration du tissu cellulaire sous-cutané au niké-tol. Anesthésie parfaite. Excision circulaire.

Le 13 décembre 1922, greffe dermo-épidermique, sans anesthésie ; greffon prélevé sur la cuisse gauche, pansements. Guérison.

L'examen histologique (coupe n° 368) montre des follicules tuberculeux.

Vue le 4 février 1925. Très bon résultat, pas de récive.

Très bon résultat esthétique. Greffon souple.

Observation n° 3

Mlle L. G., 15 ans. Petit lupus de la joue droite ayant débuté six mois auparavant.

Le 31 janvier 1923, anesthésie locale au nikéto, excision circulaire (pièce de 50 centimes). Pansements.

Le 15 février 1923, greffe dermo-épidermique ; greffon prélevé sur la cuisse.

Revue le 4 février 1925, pas de récive. Très bon résultat esthétique.

Observation n° 4

Mme V. B., 47 ans (envoyée par le Dr Ravaut). Lupus de la joue gauche, dimension d'un pièce de 1 franc, ayant débuté depuis cinq mois.

Le 6 février 1923, anesthésie locale, excision circulaire.

Le 17 février 1923, la plaie opératoire s'est rétrécie aux dimensions d'une pièce d'un franc, on recouvre sa surface granuleuse avec une greffe dermo-épidermique prise sur la cuisse gauche. Pansements. Guérison.

Revue, guérie six mois plus tard. Bon résultat esthétique.

Observation n° 5

Garçon L. G., 8 ans 1/2 Tuberculose cutanée légèrement verruqueuse du creux poplité gauche au pli de flexion mesurant 5 centimètres sur 3, datant de trois ans. Pas de traitement antérieur.

Le 26 juin 1923, excision à l'anesthésie locale.

On pourrait suturer en décollant les bords de la plaie, mais on préfère panser à plat et greffer ultérieurement.

Le 21 juillet, la plaie n'a pas encore bon aspect, les bourgeons sont un peu jaunâtres.

Le 8 août, greffe ; deux lamelles sont appliquées au centre de la plaie sans excision complète de la collerette de l'épiderme périphérique de nouvelle formation. Revu pour la dernière fois, le 24 mai 1924, le résultat est très bon, le greffon est souple et tranche par sa coloration normale sur le cercle de peau qui l'entoure et qui résulte de l'épidermisation spontanée.

Observation n° 6

Mlle G. C., 18 ans (malade externe envoyée par le

D^r Raiberti). Lupus infiltré de la joue gauche datant de cinq ans, couvrant une surface de 2 centimètres carrés (fig. n° 1 et 2). Pas de traitement antérieur. Le 9 mars 1923, extirpation circulaire à l'anesthésie locale au nikétol, pansement. (Examen histologique n° 396) : grosse infiltration folliculaire.

Le 5 avril 1923, greffe dermo-épidermique, pansements. Guérison.

La malade a été revue pour la dernière fois le 19 mai 1924. (Voir fig. 1 et 2.)

Observation n° 7

Mme F. A., 32 ans (malade externe) adressée par le D^r Lortat-Jacob. Lupus de la joue droite de la grandeur d'une pièce de deux francs, ayant débuté six mois auparavant. Traitée antérieurement par des scarifications.

Le 14 mars, anesthésie locale au nikétol, excision circulaire.

Le 31 mars 1923, greffes dermo-épidermiques, trois lambeaux prélevés sur la cuisse droite, pansements, guérison du lupus. Pas de récurrence trois mois plus tard. La malade est morte de tuberculose pulmonaire aiguë le 28 août 1923.

Observation n° 8

M. P. A., 23 ans. Petit lupus de la grandeur d'une pièce de 50 centimes ayant débuté depuis un an en-

viron, siégeant à la lèvre supérieure gauche, près de l'orifice narinaire.

Le 6 mai 1923, anesthésie locale, excision circulaire, l'examen histologique montre une grosse infiltration folliculaire.

Le 31 mai, greffe dermo-épidermique. La petite plaie est presque complètement cicatrisée, mais cette cicatrice est chéloïde. Anesthésie locale à la novocaïne 1/100. Avivement à la curette, prélèvement sur la cuisse gauche d'un petit greffon dermo-épidermique. Mise en place. Il existe une petite dépression à la partie moyenne de la plaie. Le greffon passe en pont.

La plaie de la cuisse est passée à la teinture d'iode et recouverte d'aristol. Le malade sort guéri de l'hôpital.

On a écrit à ce malade le 1^{er} février, de se présenter à l'hôpital pour voir le résultat éloigné de la greffe mais ayant changé de domicile sans laisser d'adresse, la lettre nous a été retournée.

Observation n° 9

Mlle M. A., 19 ans. Entre à l'hôpital pour un lupus de la joue droite. Il mesure 8 centimètres dans le diamètre vertical et 4 centimètres dans le diamètre transversal. Ce lupus a débuté il y a 18 ans. La malade a été traitée ces deux dernières années par des pointes de feu et par les rayons X mais sans résultat.

Le 10 mai 1923, anesthésie locale à la novocaïne,

excision large au bistouri. La plaie est ensuite cautérisée au chlorure de zinc et pansée à la solution de Dakin.

Le 31 mai 1923, la plaie est greffée avec des greffes dermo-épidermiques (2 lamelles et 3 petits bouts prélevés sur la cuisse gauche). Pansements. Guérison.

La malade, revue le 4 février 1925 n'a pas eu de récurrence et présente une très belle cicatrice souple uniforme, non saillante, un peu moins pigmentée que le reste du visage.

Observation n° 10

Garçon L. J., 9 ans (envoyé par le Dr Hudelo). Petit lupus siégeant au-dessus de la commissure buccale droite de la grandeur d'une pièce de 50 centimes, ayant débuté deux mois auparavant. Adénopathie sous-maxillaire correspondante.

Le 31 mai 1923, extirpation circulaire à l'anesthésie locale. Pansements.

Le 15 juin, greffe dermo-épidermique prélevée sur la cuisse droite sans anesthésie, après avivement de la perte de substance en partie cicatrisée.

Le 21 juillet 1923, greffe en bon état ; les ganglions sous-maxillaires ont suppuré et ont été drainés et curetés.

Revue le 10 février 1925. Résultat parfait du greffon. Pas de récurrence. La fistule ganglionnaire est cicatrisée. Il existe deux petits ganglions indurés.

Observation n° 11

Mlle B. B., 29 ans, infirmière à l'hôpital Saint-Louis. Lupus du bord cubital de la main droite de 11 centimètres de longueur sur 6 centimètres de largeur, datant de l'âge de 12 ans (fig. 3 et 4),ignant au frottement, suspects de néoplasme.

Le 16 juin 1923, extirpation à l'anesthésie locale, en suivant le contour des lésions. Cautérisation au chlorure de zinc. Pansement iodoformé. Examen histologique (3 fragments), positif.

Le 20 août 1923, greffe dermo-épidermique prélevée sur la cuisse gauche.

En décembre 1924, petite récidue sur le dos de la main, probablement au niveau d'une piqûre de novocaïne.

Extirpation circulaire de 5 centimètres de diamètre. Cicatrisation spontanée. Guérison complète. La malade est vue journellement et continue à exercer ses fonctions de secrétaire à l'hôpital Saint-Louis. Elle a considérablement engraisé. (Voir fig. 3 et 4.)

Observation n° 12

Garçon M. J., 6 ans (envoyé par le Dr Lortat-Jacob). Petit lupus de la dimension d'une pièce de 50 centimes, siège sur la joue gauche. A débuté à l'âge de 3 ans. Le malade n'a pas subi de traitement antérieur.

Le 23 juin 1923, anesthésie locale et excision du lupus.

Le 21 juillet 1923, le centre de la plaie est un peu déprimé et manque de bourgeons. On prélève un greffon sur la cuisse gauche, ce greffon est plus épais au centre pour obvier à la dépression du centre de la plaie. Pansements. Guérison. Revu pour la dernière fois le 8 mai 1925 ; très belle cicatrice. Pas de récive.

Observation n° 13

Mlle F. T., 18 ans (envoyée par le Dr Lortat-Jacob). Petit lupus de la joue gauche ayant les dimensions d'une pièce de 50 centimes, existant depuis deux ans. La malade n'a pas subi de traitement antérieur.

Le 8 juillet 1923, greffe dermo-épidermique prélevée sur la cuisse gauche ; pansements.

Le 27 mai 1924, greffe un peu saillante, abrasion au bistouri.

La malade a été revue le 4 février 1925. Pas de récive. Très bon résultat esthétique.

Observation n° 14

Mme G. M., 24 ans. Petit lupus de la joue droite dans la région orbitaire.

Le 27 juillet 1923, opérée par M. Lenormant. Le lupus est enlevé par une excision quadrilatère.

Le 13 août 1923, greffe d'un lambeau épidermique

prélevé sur la cuisse droite ; la greffe est un peu en boule, pansements, abrasion au rasoir quinze jours plus tard.

Le 25 mai 1924, petit point suspect en bas détruit au thermo-cautère. Guérison.

Observation n° 15

Mme L... Petit lupus de la joue gauche ayant la dimension d'une pièce de 50 centimes, a débuté quatre mois auparavant. A été traité pendant trois mois par des pommades.

Le 30 octobre 1923, anesthésie locale ; excision large au bistouri, pansement à plat.

Le 25 novembre 1923, application d'une greffe dermo-épidermique prise sur la cuisse droite ; pansements, guérison. Revue, guérie le 9 octobre 1924. Le greffon était un peu jaune.

Le 7 mai 1925, la malade nous écrit qu'elle est très contente du résultat opératoire.

Observation n° 16

Mme L. D., 30 ans, adressée par le D^r Montlaur, du service de M. Hudelo (photo). La malade présente trois lupus de la région cervicale. Il existe des petits ganglions carotidiens. Cette malade est traitée depuis sept ans par les moyen dermatologiques.

Le 17 janvier, excisions larges, les lésions sont très infiltrées en profondeur. Examen histologique : sclé-

rosé du derme, infiltration folliculaire du tissu cellulaire ; nombreux amas de polynucléaires.

Le 7 février 1924, greffes dermo-épidermiques.

Revenue le 25 mai 1924. Nouveau petit lupus de la région sus-claviculaire droite.

La malade à qui on a proposé des scarifications préfère l'exérèse. Les ganglions de la région carotidienne gauche ont augmenté de volume.

Un petit ganglion superficiel ramolli est détruit au thermo-cautère.

C'est un mauvais cas qu'il aurait mieux valu ne pas entreprendre, car il s'agit de lupus et de tuberculose ganglionnaire en voie d'extension. La malade fait remarquer qu'elle a quitté la campagne depuis sept ans pour venir faire traiter ses lupus par des scarifications ; les greffes ont donné un mauvais résultat esthétique, elles sont chéloïdiennes. La greffe cervicale inférieure présente une petite lésion de récurrence probable ; on y applique une pointe de feu.

Revenue au mois d'octobre 1924, nouvelle excision pour un petit lupus de la région cervicale.

Convoquée le 4 février 1925, la malade n'a plus eu de récurrence locale. Mais, elle présente sur le cou (région cervico-latérale postérieure gauche) plusieurs plaques rouges indiquant des nouvelles lésions tuberculeuses en voie d'évolution. On lui a prescrit un traitement général arsenical par des piqûres de caco-

adylate de soude. Les cicatrices des lupus opérés sont un peu indurées et de couleur brune.

Observation n° 17

M. K. L., âgé de 30 ans, se présente à l'hôpital avec 2 lupus de la région cervicale droite ; l'un de 6 centimètres sur 4 centimètres, l'autre de 6 centimètres sur 2 centimètres. Ces lésions ont débuté trois ans auparavant à la suite d'une adénite cervicale suppurée. Le malade a été traité antérieurement par des caustiques.

Le 7 février 1924, anesthésie locale, excision, pansements.

Le 4 mars 1924, greffes dermo-épidermiques prises sur la cuisse droite.

Le 4 février 1925, pas de récidence ; très bons résultats. La partie greffée est souple.

Observation n° 18

Mme M. D., 23 ans, tuberculoses cutanées multiples de la face et du cou consécutives à des adénites tuberculeuses.

Le 21 mars 1924, on pratique à l'anesthésie locale l'extirpation de deux lésions, parotidienne et sous-maxillaire gauche en excisant en profondeur la coque fongueuse des ganglions. Cautérisation au chlorure de zinc, pansements.

Il existe d'autres lésions du côté opposé.

Le 17 avril 1924, on applique deux greffes dermo-épidermiques prises sur la cuisse gauche.

La lésion parotidienne est en excellent état.

La lésion jugale communique encore avec un petit foyer profond fongueux qui est curetté au voisinage de son bord inférieur.

Le greffon affleure ce petit trou sans le recouvrir complètement pour laisser écouler les sécrétions. Guérison complète.

Observation n° 19

Mme R. B., 35 ans (envoyée par le Dr Léri). Petit lupus de la joue droite d'un centimètre de diamètre, ayant débuté en 1919. La malade n'a subi aucun traitement antérieur.

Le 15 avril 1924, excision circulaire à l'anesthésie locale. Examen histologique positif ; pansements.

Le 10 mai 1924, le greffon est un peu saillant ; il a une forme allongée. Il est abrasé au rasoir et pansé à l'huile goménolée.

Le 4 février 1925, très bons résultats.

Le 5 avril 1925, pas de récurrence. Très bon résultat esthétique.

Observation n° 20

Mme M. P., 50 ans. Lupus de la région parotidienne droite mesurant 9 centimètres de hauteur sur 4 centimètres de largeur, datant d'une quinzaine d'années,

soigné depuis quatre ans à l'hôpital Broca par des pointes de feu et des scarifications, puis à l'hôpital Saint-Louis par des pointes de feu (fig. 5 et 6).

Le 16 avril 1924, excision à l'anesthésie locale. Pansements.

Le 9 mai 1924, la plaie prend un excellent aspect rouge par son bourgeonnement excessif ; elle mesure 6 centimètres de hauteur sur 4 centimètres de largeur. On y applique cinq lanières dermo-épidermiques minces prélevées sans anesthésie sur la cuisse droite.

Le 4 février, le greffon un peu saillant et scléreux est traité par la neige carbonique dans le service de M. Lortat-Jacob.

En avril 1925, pas de récurrence ; excellent résultat esthétique. (Voir fig. 5 et 6.)

Observation n° 21

Mlle P. M., 18 ans. La malade entre dans le service avec un lupus du creux poplité droit et des petits lupus de la face qui évoluent depuis neuf ans et pour lesquels elle subit des scarifications.

Le 24 avril 1924, excision large au bistouri après anesthésie locale du lupus du creux poplité. On cautérise au chlorure de zinc et on applique des pansements à la solution de Dakin.

Le 9 juin 1924, greffes dermo-épidermiques relevées sur la cuisse droite. Pansement.

La malade sort de l'hôpital, guérie de son lupus du creux poplité.

Revue le 2 février 1925 : très bon résultat du lupus du creux poplité. Le lupus de la face est toujours en voie d'extension.

Observation n° 22

Mlle J. M., 16 ans, se présente à l'hôpital avec un lupus de la région sus-acromiale gauche, elle présente en outre un lupus de la joue droite en traitement par des scarifications. (D^r Lortat-Jacob).

Le 30 avril 1924, excision large au bistouri après anesthésie locale, pansements.

Le 19 mai 1924, comme la peau est mobile, on pratique une suture secondaire au crin après excision elliptique de la plaie bourgeonnante. Guérison parfaite.

En 1925, le lupus de la joue traitée par les scarifications n'est pas encore guéri.

Observation n° 23

Mme N. C., 60 ans, malade, ayant un lupus qui occupe la région sus-hyoïdienne gauche depuis 20 ans, de 8 centimètres sur 10 centimètres.

Elle a été soignée depuis septembre 1923 par des applications de pommade.

Le 2 juin 1924, anesthésie locale, excision large en surface et en profondeur. Pansements à la gaze

iodoformée ; l'examen histologique montre une infiltration folliculaire et une sclérose profonde.

Le 4 novembre 1924, la cicatrisation complète a été obtenue sans greffe. Le résultat esthétique est parfait. Revient à l'hôpital le 29 avril 1925, pour un petit nodule induré scléreux de la cicatrice linéaire qui résulte de la cicatrisation spontanée. Pas de récurrence. Très bon résultat esthétique.

Cicatrice linéaire horizontale.

Observation n° 24

Garon P. J., 11 ans 1/2. Se présente à l'hôpital avec un lupus du dos du pied gauche ayant une étendue de 8 sur 6 centimètres et datant de quatre ans.

Le 8 octobre 1924, anesthésie locale, excision large au bistouri.

Le 6 novembre 1924 :

1° Greffe dermo-épidermique prélevée sur la cuisse gauche.

2° Extirpation d'un petit lupus de la face interne du genou droit .

Le 23 décembre 1924, greffe de Thiersch prélevée sur la cuisse gauche pour le lupus de la face interne du genou droit. Guérison.

Observation n° 25

Mme J. M., 40 ans (malade envoyée par le Dr Lortat-Jacob). Petit lupus de la pommette gauche d'environ

un centimètre ayant débuté depuis deux ans. Le mari de cette malade est mort bacillaire.

Le 13 janvier 1925, anesthésie locale. Excision circulaire, pansements.

Il existe un deuxième petit nodule de quelques millimètres du côté droit qui sera détruit au thermo-cautère.

Le 21 mars 1925, la plaie est cicatrisée en dépression, cicatrisation. Ablation de la pellicule, plaie bien rouge, granuleuse, un peu en cupule. Mise en place d'une lamelle épidermique prise sur la cuisse gauche.

Le petit point est passé au thermo-cautère. Guérison.

Observation n° 26

Mme C., 50 ans. Malade envoyée par le Dr Hudelo. Lupus de la joue gauche de 2 centimètres de diamètre, situé près du pli nasopharyngien. Petits ganglions géniens et sous maxillaires indurés.

Le 28 février 1925, excision circulaire large à l'anesthésie locale.

Le 21 mars 1925, greffe dermo-épidermique prise sur le bras droit, débordant largement la perte de substance. Guérison.

Observation n° 27. — Garçon S. R., 17 ans. Lupus

de la région parotidienne droite ayant la dimension d'une pièce de 50 centimes ; a débuté il y a quatre ans.

Le 26 mars 1925, excision circulaire au bistouri après anesthésie locale ; pansement. Examen histologique. Positif.

Le 25 avril, la plaie est en voie de cicatrisation avec un liséré épidermique périphérique qui est extirpé. On applique sur la plaie deux lamelles dermo-épidermiques prises sur le bras droit. Guérison. Bon résultat esthétique.

Observation n° 28

Mme R., (N° du répertoire 104). Petit lupus de la joue droite, un centimètre de diamètre, siège au niveau de la pommette (malade adressée par le D^r Hudelo, le 15 mars 1923).

Le 16 mai 1923, anesthésie locale au nikétol, excision circulaire (maison de santé de la rue Henner).

Examen histologique (coupe n° 397) positif.

Pansements à plat durant 15 jours.

Le 1^{er} avril 1923, greffe dermo-épidermique prélevée sur la cuisse droite.

En 1925, la guérison est complète ; le résultat esthétique est parfait.

Observation n° 29

M. M., 50 ans, adressé par le D^r Cottenot N° du répertoire 121). Lupus de la face postérieure du coude

droit, au-dessus de l'olécrâne. Dimensions 4 centimètres dans le sens transversal, 2 centimètres dans le sens vertical.

Le 8 juin 1923 (maison de santé de la rue Henner). Excision elliptique à l'anesthésie locale, pansement à plat. Examen histologique, coupe n° 428. Suture secondaire le 17 juin, après avivement des bords. Ablation des fils le 21 juin. La guérison se maintient actuellement sans récurrence. Cicatrice linéaire.

CONCLUSIONS

Le traitement de certains lupus par l'excision large au bistouri suivie de greffes dermo-épidermiques, n'est pas une méthode nouvelle. Inaugurée en 1889, par Vautrin, de Nancy, elle a été successivement employée par Urban, Schmidt, Giersung, Lang, Rochler, Schiff, Spiegler, Popper, Deutch, Busche, Rosenthal, Kriebreich de Gouvea, Nélaton, Jungmann, etc..., et chaque fois détrônée par un procédé dermatologique qui semblait devoir assurer la guérison.

Depuis l'avènement de la radiothérapie et surtout de la Finsenthérapie, le traitement chirurgical du lupus est tombé dans le plus complet oubli.

Devant les résultats inconstants des divers traitements dermatologiques, notre maître, le D^r Paul Moure a repris et perfectionné le traitement chirurgical de certains lupus. Cette méthode s'adresse plus particulièrement aux lupus de petite et de moyenne dimensions qui ont résisté aux différentes méthodes dermatologiques.

Il faut extirper seulement les lupus anciens, bien

limités, et qui ne sont pas dans une période d'accroissement.

Il ne faut pas opérer les lupus jeunes en voie d'extension rapide ou les lupus à forme disséminée ; ou encore ceux qui envahissent l'entrée des fosses nasales, les rebords conjonctivaux ou des commissures buccales.

L'opération est des plus simples : après anesthésie locale à la novocaïne ou au nikétol, on excise au bistouri en contournant le tissu malade par une incision qui doit dépasser largement les lésions apparentes.

La peau doit être coupée dans toute son épaisseur, puis détachée et enlevée avec une petite couche de tissu cellulaire sous-cutané.

Pendant tout l'acte opératoire, il faut soigneusement éviter d'inoculer les tissus sains par le frottement d'une compresse, les mors d'une pince ou l'aiguille qui injecte la solution anesthésiante.

L'hémostase se fait par les moyens habituels forci-pression, ligature ou compression.

La plaie est ensuite badigeonnée à la solution de chlorure de zinc au dixième et pansée à plat avec une rondelle de 10 à 12 épaisseurs de gaze stérilisée maintenue par un leucoplaste. Des pansements antiseptiques à la solution de Dakin ou à l'éther iodoformé seront renouvelés durant dix à trente jours, entre-coupés si possible de quelques séances d'héliothérapie.

Quand la plaie a pris un bel aspect rouge vif et que les bourgeons sont arrivés à peu près au niveau des téguments environnants, on peut procéder à la greffe, mais lorsqu'on craint une infection secondaire du lupus excisé, il est utile de surveiller la désinfection et de pratiquer l'examen bactériologique du fond de la plaie avant d'entreprendre la greffe. La région à greffer et la peau environnante seront frottées avec un tampon imbibé d'éther, puis lavées au sérum chaud.

On enlève ensuite le liséré périphérique de cicatrisation spontanée. Sur la plaie ainsi avivée on applique le greffon dermo-épidermique.

Celui-ci a été prélevé de préférence sur la face externe de la cuisse après désinfection préalable de la région.

Le greffon est prélevé au rasoir bien tranchant. Les dimensions et le nombre des greffons seront variables suivant la surface à recouvrir. L'épaisseur des greffons doit varier suivant l'excavation de la plaie à recouvrir.

Avant d'appliquer le pansement, il est utile d'exposer la surface greffée à l'air durant une demi-heure.

On panse alors avec dix ou huit épaisseurs de gaze stérilisée, coupées en rondelles et maintenues en place par un leucoplaste.

Vingt-quatre heures après, le pansement est enlevé, sauf la première épaisseur de gaze qui reste adhérente aux greffons. On expose ainsi la région à l'air

durant plusieurs heures et on la recouvre d'un nouveau pansement qui sera changé les jours suivants en aérant chaque fois la plaie. Le sixième jour, on enlève avec prudence la première épaisseur de gaze, le pansement sera remplacé par une légère couche de vaseline.

Les résultats opératoires ont été excellents et sur trente et un opérés, il est survenu, seulement dans deux cas, trois et quatre mois après l'opération, un point rouge suspect, résultant certainement d'une inoculation à la suite de la piqure anesthésiante.

Dans ces deux cas la lésion punctiforme a disparu à la suite d'une petite pointe de feu.

Le résultat esthétique de la cicatrice est des meilleurs, visible les premiers temps, mais dissimulable avec un petit peu de fard ; elle s'estompe progressivement, disparaissant presque complètement après plusieurs mois.

Les avantages de cette méthode sont multiples.

1° *La courte durée du traitement* qui convient aux malades d'hôpital et spécialement aux ouvriers qui ne peuvent interrompre leur travail plusieurs jours par semaine pendant de longues périodes.

2° *L'indolence de l'opération* est facilitée par l'emploi de l'anesthésie locale.

3° *La guérison définitive* est la règle dans tous les cas ainsi traités. L'excision circulaire large au bistouri suivie de greffes est supérieure à l'excision elliptique

suivie de suture immédiate qui expose à la récurrence.

4° *La qualité de la cicatrice* est parfaite et la chéloïde est exceptionnelle. Le greffon fait progressivement corps avec les téguments voisins, les bords s'estompent et sa couleur jaunâtre se colore peu à peu de la périphérie au centre et s'harmonise avec les téguments voisins.

5° Le dernier et le plus important des avantages de ce procédé est de pouvoir être considéré comme un moyen héroïque dans le traitement de certains lupus qui ont résisté pendant des années à toutes les autres méthodes thérapeutiques.

Le Doyen,

ROGER.

Le Président,

JEANSELME.

*Vu et permis d'imprimer,
le Recteur de l'Académie de Paris.*

APPELL.

BIBLIOGRAPHIE

- 1) *Adanaton*, Annales de Dermatologie et Syphilographie 1920.
— Un traitement du lupus vulgaire. — Proceedings of the royal soc. of med., Juillet 1920 (page 134).
- 2) *Aitken*, Annales de Dermatologie et Syphilographie 1921. —
L'action de la Tuberculine sur le lupus vulgaire. —
Edimbourg medic. journal Avril 1922 (page 251). — The
effects of Tuberculine in lupus vulgaris.
- 3) *Andersen*, Annales de Dermatologie et Syphilographie 1922
(page 137). — Sur la valeur des Types du bacille dans
la Tuberculose cutanée et surtout dans le lupus vul-
gaire. — Ueber die Bestimmung der Tuberkel bacilen-
typen bei der Haut Tuberculose, namentlich lupus vul-
garis. — Arch. f. Derm. und Syph. 1921. T. C. XXX IX.
— Analyse in Zentralblatt für ?
- 4) *Baur*, Thèse de Nancy 1891. — Du Traitement du Lupus,
emploi des greffes dermo-épidermiques.
- 5) *Brocq*, Annales de Dermatologie et Syphilographie 1900.
— IV^e Congrès international de Dermatologie et de
Syphilographie.
- 6) *Brocq*, Bulletin médical 1918 n° 44 (page 483). — Quelques
remarques pratiques au sujet des nouvelles méthodes de
traitement du lupus vulgaire.
- 7) *Busche*, Annales de Dermatologie et Syphilographie 1898
(page 493). — Société Berlinoise de Dermatologie et
Syphilographie. — Séance du 7 décembre 1897. — Extir-
pation radicale du lupus.
- 8) *Comas*, Annales de Dermatologie et Syphil. 1896 (p. 426).
Traitement du lupus par scarifications et thermocau-
tère (Revista de la academia med. y circ. compostelana).

- 9) *Darier*, Précis de Dermatologie 1923.
- 10) *Deutch*, Annales de Dermatologie et Syphilographie 1898, page 1162. — Société Berlinoise de Dermatologie. — Séance du 1^{er} février 1898. — Extirpation radicale du Lupus.
- 11) *Faubard*, Thèse de Paris, 17 juillet 1895. — Etude sur le Traitement des Lupus des membres et en particulier des lupus verruqueux par le râclage et l'ablation au bistouri, suivie de suture ou de greffes.
- 12) *O. Gantz*, Annales de Dermatologie et Syphilographie, 1922, page 376. — Lupus Pernio. — Les rapports avec le sarcoïde de Boeck. — Dermatologische Zeitschrift 1921, T. XXXIII, p. 64. — Ueber Lupus pernio und seine Beziehung zum Sarkoid Boeck.
- 13) *Gaucher*, Maladies de la peau. — Traité de médecine Gilbert-Brouardel Toinot.
- 14) *Jesus Gonzales Uruena*, Annales de Dermatologie et Syphilographie 1922, p. 671. — Traitement du lupus erythémateux par la neige carbonique. — Monographie de la Faculté des Hautes Etudes de l'Université Nationale de Mexico n° 2 1922.
- 15) *De Gouvea*, Annales de Dermatologie et Syphilographie 1899. — Société Française d'Ophtalmologie de Paris. Mai 1899. — Cure radicale du lupus palpébral par l'excision et la blépharoplastie.
- 16) *Gougeheim et Guinard*, Annales des Maladies du Larynx, du nez et du pharynx, août 1897, p. 113. — Traitement chirurgical du lupus du larynx.
- 17) *E. Hann*, Annales de Dermatologie et Syphilis 1884, p. 230. — Centralblatt für chirurgie n° 15 Ueber die Behandlung von Lupus mit Haut transplantationen (Traitement du lupus au moyen des greffes cutanées).
- 18) *Hebra*, Annales de Dermatologie et Syphilographie 1899. — Wiener dermatologische Gesellschaft. — Séance du 11 janvier 1899.
- 19) *Jungman*, Annales de Dermatologie et Syphilographie 1908. Archiv für Dermat. und Syph. ; 1907 T. LXXXVII, p. 303 — 24 fig.
- 20) *Kriebreich*, Annales de Dermatologie et Syphilographie, 1899. — Wiener dermatologische Gesellschaft. — Séance du 16 novembre 1898.

- 21) *A. Koëchter*, Annales de Dermatologie et Syphilis 1890, p. 153. — Berlin Klin. Wochenschrift 1894. — Ueber den chirurgischen Theil der ogen combinirten Behandlung des Lupus.
- 22) *Ed. Lang*, Annales de Dermatologie et Syphilographie 1892, p. 843. — Société Viennoise de Dermatologie, Séance du 21 février 1894.
- 23) *Ed. Lang*, Annales de Dermatologie et Syphilographie 1895, p. 62. — 66^e Congrès des Naturalistes et Médecins de Vienne. — Traitement du lupus par l'extirpation et transplantation consécutives par le procédé de Thiersch.
- 24) *Ed. Lang*, Annales de Dermatologie et Syphilographie 1895, p. 55. — Société I. et R. des médecins de Vienne. — Séance du 26 octobre 1894. — Traitement du lupus.
- 25) *Ed. Lang*, Annales de Dermatologie et Syphilographie, 1898, p. 83. — Société Viennoise de Dermatologie. — Séance du 5 mars 1897. — Lupus traité par l'extirpation et greffe de Thiersch.
- 26) *Ed. Lang*, der Lupus und dessen Operative Behandlung. — 1 vol. in-8, de 136 p., avec 67 dessins. Vienne 1898 I. Sappat, éditeur.
- 27) *Ed. Lang*, Annales de Dermatologie et Syphilographie 1899. — Wiener dermatologische Gesellschaft. — Séance du 16 novembre 1898.
- 28) *Ed. Lang*, Annales de Dermatologie et Syphilographie 1899, p. 797. — Wiener dermath. gesellschaft. — Séance du 11 janvier 1899.
- 29) *Ed. Lang*, Annales de Dermatologie et Syphilographie 1900, p. 1022. — IV^e Congrès international de Dermatologie et syphilographie à Paris.
- 30) *Légrand*, Thèse de Paris, 31 mars 1897. — Traitement du Lupus.
- 31) *Paul Moure*, Bulletin de la Société Française de Dermatologie et de Syphilographie n° 3, mars 1924. — Traitement des petits lupus par l'excision large au bistouri suivie de greffe dermo-épidermique.
- 32) *M. Nobl.*, Annales de Dermatologie et Syphilographie 1894, pages II-696-843. — Société Viennoise de Dermatologie et Syphilographie. — Séances du 10 janvier, 21 février et 11 avril.

- 33) *Nélaton*, Annales de Dermatologie et Syphilographie 1897.
— Société Française de Dermatologie et Syphilographie.
— Séance du 14 janvier 1897. — Traitement chirurgical du lupus.
- 34) *Nélaton*, Annales de Dermatologie et Syphilographie 1900,
IV^e Congrès international de Dermatologie et Syphilographie à Paris.
- 35) *Payr*, Annales de Dermatologie et Syphilographie 1910.
Archiv für Dermat. und Syph. 1904 T. 96 p. 3. — Ueber
Wert und Bedeutung der operative plastischen Lupus
Behandlung.
- 36) *Popper*, Annales de Dermatologie et Syphilographie 1896,
p. 1380. — Société Viennoise de Dermatologie et Syphilographie, p. 88. — Séance du 26 février 1896.
- 37) *Popper*, Annales de Dermatologie et Syphilographie, p. 88.
— Société Viennoise de Dermatologie et Syphilographie.
— Séance du 28 octobre 1896.
- 38) *Rein et N. P. Ernst*, Annales de Dermatologie et Syphilographie 1921. — Traitement du Lupus vulgaire par les
bains de lumière. — *Strahlentherapie* 1915 T. VI p. 16.
— Ueber die Anwendung Kunslicht bader bei
lupus vulgaris und chirurgischen Tuberculos.
- 39) *Rille*, Annales de Dermatologie et Syphilographie 1898. —
Société Viennoise de Dermatologie. — Séance du 19 mai
1897. — Lupus traité par le curettage suivi de cautéri-
sation au nitrate d'argent.
- 40) *Rosenthal*, Annales de Dermatologie et Syphilographie,
p. 1162 (Extirpation radicale du lupus). — Société Ber-
linoise de Dermatologie. — Séance du 1^{er} février 1898.
- 41) *Roux*, Société Vaudoise de Médecine, 7 février 1895. —
Sur le traitement du lupus par le grattage et la greffe.
- 42) *Saninz de Sja*, Annales de Dermatologie et Syphilogra-
phie 1916, p. 152. — Traitement par l'opération de Payr
modifiée.
- 43) *Schiff*, Annales de Dermatologie et Syphilographie 1895,
p. 62. — 66^e Congrès des Naturalistes et Médecins de
Vienne : Traitement du Lupus par l'extirpation et trans-
plantation consécutive par le procédé de Thiersch.
- 45) *Schmidt*, Annales de Dermatologie et Syphilographie 1892,
p. 68. — XX^e Congrès des Chirurgiens allemands.

- 46) Schüz, Annales de Dermatologie et Syphilographie 1895, p. 154. — Archiv für Dermat, und Syph. 1894, T. XXVI, p. 97. — Zur Behandlung des Lupus Vulgaris. — Traitement du lupus vulgaire par l'extirpation suivie de greffe de Thiersch.
- 47) Siegler, Annales de Dermatologie et Syphilographie 1895, p. 235. Lupus traité par la transplantation de Thiersch.
- 48) O. Tavanstsjern, Annales de Dermatologie et Syphilographie 1899. — Traitement du lupus par l'extirpation totale. — Om behandlingen af ausigtslupus genom total extirpation. — Tavanstsjerna Finska Lakaresalls Kapets. Handlingen decembr 1898, p. 1283.
- 49) Tenneson, Annales de Dermatologie et Syphilographie. — Séance du 12 mars 1896. — Applications de greffes dermo-épidermiques par M. Fugen.
- 50) Thiersch, Annales de Dermatologie et Syphilographie 1892, p. 68. — XX^e Congrès de Chirurgiens allemands.
- 51) Urban, Annales de Dermatologie et Syphilographie 1892 — XX^e Congrès des Chirurgiens allemands.
- 52) Vautrin, Thèse de Baur de Nancy 1891.

